

## **ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY**

### **E-health fejlesztések az egészségügyi szolgáltatások hazai és európai uniós rendszerében**

**Váradi Ágnes dr.**

Magyar Tudományos Akadémia, Társadalomtudományi Kutatóközpont, Jogtudományi  
Intézet, Budapest

Az Európai Bizottság 2012–2020-as időszakra vonatkozó, az elektronikus egészségügyi fejlesztések irányait felvázoló cselekvési tervének kidolgozása és az ún. Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér kialakítását előirányozó törvénytervezet társadalmi vitára bocsátása nyomán az e-health fejlesztések a közösségi és a hazai jog szintjén is meghatározó kérdéskörre váltak. A tanulmány célja a magyar és a közösségi e-health megoldások alapvető jellemzőinek felvázolása a releváns jogi normák, az európai uniós intézmények dokumentumai és a másodlagos irodalmi források segítségével. A fejlesztés alapvető céljainak és eszközeinek meghatározása révén feltárhatók az európai uniós és nemzeti jogi nézőpontok különbözőségei. A fejlesztési programok és a már létező megoldások elemzése az interoperabilitás megteremtésének nehézségeit és a finanszírozási lehetőségeket szemlélteti. Az elemzést a hatásköri és alapjogi szempontok bevonása zárja. Ezen vizsgálat mentén kijelölhetők az e-health fejlesztések jogi, gazdasági és technológiai keretfeltételei.

**Kulcsszavak:** elektronikus egészségügy, digitális megújulás, EHIC-kártya, EU hatáskörei, adatvédelem

## **E-health developments in the system of health services in Hungary and in the European Union**

The question of electronic solutions in public health care has become a contemporary issue at the European Union level since the action plan of the Commission on the e-health developments of the period between 2012 and 2020 has been published. In Hungary this issue has been placed into the centre of attention after a draft on modifications of regulations in health-care has been released for public discourse, which – if accepted – would lay down the basics of an electronic health-service system. The aim of this paper is to review the basic features of e-health solutions in Hungary and in the European Union with the help of the most important pieces of legislation, documents of European Union institutions and sources from secondary literature. When examining the definition of the basic goals and instruments of the development, differences between the European Union and national approaches can be detected. Examination of recent developmental programs and existing models seem to reveal difficulties in creating interoperability and financing such projects. Finally, the review is completed by the aspects of jurisdiction and fundamental rights. It is concluded that these issues are mandatory to delineate the legislative, economic and technological framework for the development of the e-health systems.

**Keywords:** e-health, digital renewal, EHIC-card, competences of the EU, data protection

### **Rövidítések**

AB=Alkotmánybíróság; DMCsT= Digitális Megújulás Cselekvési Terv; EESzT= Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér; EHIC=Európai Egészségbiztosítási Kártya (European Health Insurance Card); eID= elektronikus személyigazolvány; EUMSZ= Európai Unió Működéséről szóló Szerződés; EUSZ= Európai Unióról szóló Szerződés; OECD= Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; TÁMOP= Társadalmi Megújulás Operatív Program; TIOP= Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program; WHO=Egészségügyi Világszervezet.

2013. szeptember 27-én jelent meg az Európai Unió hivatalos lapjában a Régiók Bizottságának véleménye arról a cselekvési tervről, melyet az Európai Bizottság dolgozott ki [1] a 2012–2020-as időszakra vonatkozóan az elektronikus egészségügyi (e-health) fejlesztések irányairól [2]. Ezen vélemény apropóján érdemes összefoglalni az e-health rendszerek kialakítására irányuló hazai és uniós folyamatok állását a társadalmi szükségességre, a gazdasági és informatikai lehetőségekre és a jogi korlátokra tekintettel.

### **Az e-health fejlesztés céljai**

Az egészségügyi informatikai fejlesztések szükségességét jól szemléltetheti egy aktuális eset: 2013 májusában az Európai Bizottság bejelentette [3], hogy vizsgálatot kezd Spanyolország ellen a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások igénybevételének feltételeire vonatkozó uniós szabályozást sértő gyakorlatok miatt. (Egy héttel később a Bizottság megerősítette, hogy több más ország, köztük Portugália [4] is érintett lehet az ügyben.) Több száz külföldi, jellemzően turista terjesztett elő panaszt az Európai Bizottságnál amiatt, hogy a spanyol kórházakban annak ellenére kiszámlázták orvosi ellátásukat, hogy rendelkeztek EHIC-kártyával), amely a származási országban fennálló társadalombiztosítási ellátási jogosultság alapján az Európai Gazdasági Térség bármely államában lehetővé teszi a nem tervezett ellátások nemzeti elbánás elve alapján történő igénybe vételét.

Azt a kérdést vizsgálva, hogy miért inoghatott meg az egészségügyi szolgáltatók bizalma az EHIC rendszerében, két válasz lehetséges. Egyrészt, a kártya jelenlegi formájában nem alkalmas személyazonosításra, ami megnöveli a visszaélés esélyét. Másrészt, a társadalombiztosítási nyilvántartások és jogviszonyok sokrétűsége miatt előfordulhat, hogy az érvényesen kiállított EHIC kártya ellenére a származási ország aránytalanul hosszú idő alatt vagy jelentős adminisztrációs teherrel téríti meg a költségeket. Emiatt a tartózkodási hely szerinti állam társadalombiztosítási rendszere ellenérdekeltté válhat az egyébként kötelező finanszírozási mód elfogadásában és az EHIC kártya helyett a magán utasbiztosítást vagy az egyösszegű kifizetést preferálhatja.

Az elektronikus EHIC-kártya bevezetése és transznacionális alkalmazása mindenképpen javítana ezen a helyzeten: automatikus hozzáférést biztosítana a másik ország társadalombiztosítási nyilvántartásához és egyben személyazonosítóként is funkcionálna. Bár az e-health fejlesztések kiemelt irányát jelentik az elektronikus egészségbiztosítási kártya bevezetésére irányuló törekvések, mind hazai, mind uniós szinten további fontos területek azonosíthatók, ahol az elektronikus megoldások alkalmazásával az egészségügyi ellátások szervezése és finanszírozása egyszerűsíthető, felgyorsítható lehet.

Az e-health legtágabb értelemben „a modern információs-kommunikációs technológiák alkalmazását jelenti az állampolgárok, a betegek, az egészségügyi szakemberek és egészségügyi szolgáltatók, valamint az egészségügyi szakpolitika szükségleteinek megfelelően” [5]. Szűkebb értelemben pedig azt az egységes informatikai keretrendszert értjük alatta, melybe integráltan az egyes funkciók (e-taj, e-recept, e-kórlap stb.) megvalósíthatók [6].

Az uniós cselekvési terv az elektronikus egészségügyi megoldások előnyeit egyrészt magas szintű társadalmi kontextusba helyezi: az átláthatóság, a szolgáltatásokhoz és információkhoz való jobb hozzáférés és a társadalmi médiumok használata az egészséggondozásban kedvezhet a társadalmi-gazdasági befogadásnak, az egyenlőségnek, az életminőség javításának, a betegek tudatosságának és önrendelkezésének. Másrészt pedig az egyén szintjén konkrét, jól megfogható hatásokat azonosít: az e-health lehetővé teheti személyre szabottabb, a lakossági igényekre válaszoló ellátás nyújtását, elősegítheti a hibalehetőségek számának csökkentését és a kórházi tartózkodások lerövidítését, a technológiával támogatott terápiák révén pedig hozzájárulhat a szokásos klinikai kezelések költséghatékonyságának javításához.

A Nemzeti Fejlesztési Minisztérium által kidolgozott Digitális Megújulás Cselekvési Terv [7] (DMCsT) az uniós felfogástól némileg eltérően inkább az e-health megoldások szervezés-könnyítő, adminisztratív tehercsökkentő, koordináló szerepét helyezi előtérbe. Ennek értelmében a digitális megoldások egészségügyi alkalmazásával javítható az egészségügyi szolgáltatások átláthatósága, az elszámoló-rendszerek tiszta és megbízható információk alapján működhetnek és jobban érvényre juttathatók a méretgazdaságosság és szakmai hatékonyság szempontjai. Az ellátások szervezésén túlmenően a digitális megoldások alkalmazása a konkrét ellátásnyújtás hatékonyságát is növelheti: hozzájárulhat az intézmények, szereplők betegellátással kapcsolatos adatcseréjéhez, a sürgősségi ellátás és a betegelőjegyzés informatikai támogatása révén javíthatja a mindennapi betegforgalom koordinálását. Ezek a megoldások egyúttal összhangba hozhatók az adminisztratív terhek csökkentésére irányuló uniós és magyar törekvésekkel is valamint hazánkban a Semmelweis-terv [8] célkitűzéseivel is (egészségügyi informatika fejlesztése).

### **Az e-health fejlesztések fő irányai**

Az e-health uniós és hazai értelmezésének különbözőségei a célmeghatározáson túl a fejlesztések irányainak azonosításánál is jelentkeznek. A közösségi cselekvési tervben kijelölt öt fő feladat közül kettő az általános támogató környezet kialakítására irányul: 1.) a WHO-val

és az OECD-vel együttműködve politikai párbeszéd és nemzetközi kooperáció kezdeményezése az e-egészségügyről; 2.) a 2014-2020-as költségvetési időszakban a kutatás-fejlesztési tevékenység kiemelt támogatása. A másik három akcióterület az informatikai és társadalmi működőképesség megteremtését szolgálja: 3.) az e-egészségügyben, nemzeti stratégiák és innovatív megoldások kidolgozásának támogatása; 4.) a betegek és egészségügyi szolgáltatók bekapcsolása; 5.) interoperabilitási kritériumok kidolgozása 2015-ig.

A DMCsT 9 kiemelt cselekvési területe a digitális megoldások általános szabályozási keretének megteremtésén [1.) Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer (szűkebb értelemben vett e-health rendszer) kiépítése] túl az ellátás koordinálására helyezi a hangsúlyt: 2.) térségi, funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítése 3.) országos egészségmonitorozás és kapacitástérképezés, valamint elemzési módszertan kialakítása; 4.) betegazonosítási rendszer fejlesztése; 5.) az állampolgári kártya használhatóságának megteremtése az egészségügy minden területén; 6.) elektronikus egészségügyi kórlap kifejlesztése és bevezetése; Emellett pedig szerepet kap az egyes beteg ellátását segítő megoldások kifejlesztése: 7.) az e-recept kidolgozása és bevezetése. 8.) az egészséges életvitelt támogató elektronikus egészségügyi megoldások, pl. távmonitoring, távdiagnosztikai és telemedicina alkalmazások fejlesztésének támogatása és 9.) az egészséges életvitelt támogató korszerű elektronikus alkalmazások elterjesztése.

### **Az interoperabilitás megteremtése és annak finanszírozása**

Az e-health megoldások alkalmazásának mind nemzeti, mind közösségi szinten a legfontosabb kérdése az elektronikus rendszerek átjárhatóságának, interoperabilitásának megteremtése. Mivel az átjárhatóság megteremtésével kapcsolatos alapvető kérdések a fejlesztés minden területén alapvetően egyformán jelentkeznek, ezért egy konkrét példán, az elektronikus egészségbiztosítási kártya kérdésén keresztül érdemes áttekinteni az informatikai megoldás és a finanszírozás módszereit.

### **Nemzeti megoldások az Európai Unióban**

Az uniós országokban sikerrel alkalmazott módszerek mind a hazai, mind a közösségi e-kártya fejlesztéseknek példaként szolgálhatnak. Az egészségügyi alkalmazásra szánt „eHealth card”-ot alapfunkciója – és a fejlesztés első fázisa – a csak adminisztratív célokra, jellemzően a biztosítási jogviszony ellenőrzésére alkalmas kártya. Ehhez a későbbi fejlesztések során további funkciók adódhatnak. Így a megfelelő autorizációt követően, abból a rendszerből, melyben a beteg biztosítási adatai találhatóak, egyben orvosi információk, betegútra vonatkozó

adatok is lekérdezhetők lehetnek (pl. Szlovénia [9, 10], Franciaország [11]), vagy éppen elektronikus receptfelírást (és –kiváltást) tegyenek lehetővé (pl. Egyesült Királyság).

Az általános közigazgatási felhasználásra is alkalmas elektronikus személyigazolvány (eID) esetében az egészségbiztosítási kártyát személyazonosító okmányba integrálják, így a kártya segítségével nemcsak az egészségügyi adatbázisokhoz lehet hozzáférni, hanem más közérdekű nyilvántartásokhoz is [12] (Észtország, Finnország, Olaszország, Portugália), sőt akár ügyfélkapus szolgáltatások körében elektronikus aláírásként is használható (pl. Ausztria) [13]. Ezek a kártyák rendszerin magukban foglalják a jelenleg még papíralapú EHIC kártyát is: az elektronikus kártya egyik oldalán az EHIC kötelező adattartalma található [14].

### Interoperabilitás uniós szinten

Az egészségbiztosítási jogviszonyok elektronikus ellenőrzése alapvetően két eszközzel érhető el: a már működő EHIC kártya kiegészítése egy közvetlen lekérdezésre szolgáló chippel vagy egy elektronikus személyazonossági igazolvány (eID) kialakítása [15]. Az előbbi megoldás uniós szinten megvalósíthatóbbnak tűnik, mivel az összehangolandó adatmennyiség kevesebb, így az azokat nyilvántartó rendszerek összehangolása könnyebben megvalósítható. Tekintettel kell lenni továbbá a már meglévő rendszerekre. Ezek az uniós szintű interoperabilitás megteremtését nem feltétlenül segítik elő: adattartalmuk, az alapul szolgáló operációs rendszerek és a hozzáférés terjedelme országoként eltérő lehet.

A rendszer lényegét ugyanis az adja, hogy a beteg egy személyazonosításra is alkalmas chipkártyát mutat be az egészségügyi szolgáltatónál, mely elektronikus leolvasó rendszer és szoftver segítségével csatlakozik a társadalombiztosítási szerv számítógépes rendszeréhez, amely elvégzi a kártyaadatok alapján a társadalombiztosítási autorizációt. Ha a műveletet egy országon belül kell elvégezni, akkor annak minden elemére jogi szempontból ugyanazok az országspecifikus adatvédelmi normák vonatkoznak, ráadásul valószínűsíthető, hogy bizonyos fokú interoperabilitás az egészségügyi szolgáltatók és az állami nyilvántartási rendszerek között eleve fennáll. Határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások esetében a helyzet azonban bonyolultabb, mivel a rendszer működőképességéhez be kell iktatni egy olyan proxy-rendszert, amely összekapcsolja a külföldi egészségügyi szolgáltatót egy másik állam társadalombiztosítási jogosultságát nyilvántartó szervével [16]. Ráadásul az adatvédelem szintje is országoként különböző lehet. Így egy közösségi szintű kártya bevezetése reálisan csak akkor megvalósítható, ha a meglévő kártyás rendszerekből kivezetik az EHIC adattartalmát, a kártyák nemzeti jogban biztosított funkcióinak érintetlenül hagyása mellett.

Az e-EHIC kártyán alapuló megoldást támasztja alá az is, hogy az Európai Bizottság „e-egészség” cselekvési terve [17] már 2004-ben – még a jelenlegi, papíralapú EHIC kártya általános érvényű bevezetése előtt – a jövőbeli fejlesztés céljaként jelölte meg a kifejlesztését. A határokon átnyúló interoperabilitás megteremtésének és a kártya személyazonosításra alkalmas jellegének kialakítását az Európai Unió jelentős forrásokkal is támogatja. Az epSOS pilot-projekt 22 EU-tagállam és 3 EU-n kívüli állam együttműködésével valósul meg 2008 és 2013 között mintegy 36,5 millió eurós támogatással. [Magyarország részéről a fejlesztésekben az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) vesz részt.] Ezek a fejlesztések a betegutak nyomonkövetését és az elektronikus receptfelírási rendszerek kiépítését szolgálják. Az eddigi eredmények gyakorlati tesztelése 2013 áprilisában indult meg Franciaország, Olaszország, Spanyolország, Ausztria és Görögország egyes egészségügyi szolgáltatóinak és a tesztelésben való részvételhez hozzájáruló polgárainak részvételével [18]. A fejlesztések másik eleme az egészségbiztosítási adatok elektronikus, hitelt érdemlő ellenőrzésére is alkalmas eEHIC kártya kifejlesztése, melynek uniós keretét a NetC@rds projekt adja. Ennek a fejlesztése 16 ország 260 egészségügyi intézményének közreműködésével zajlik.

### Hazai helyzet

Az e-health fejlesztések megalapozásában hazánkban is jelentős előrelépések történnének. Az állami nyilvántartások interoperabilitásának megteremtése érdekében a Kormány 2013. II. félévi munkaterve [19] szerint a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium javaslatára a kabinet még idén napirendjére tűzheti az állami nyilvántartások összehangolásáról szóló törvény (interoperabilitási kerettörvény) tervezetét és a hozzá kapcsolódó végrehajtási rendeleteket.

2013. október 22-ig az Emberi Erőforrások Minisztériuma társadalmi vitára bocsátotta az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításának tervezetét. A javaslat többek között tartalmazza az Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér (EESzT) kialakítására vonatkozó szabályozást. Ez a felület „az e törvény szerinti adatkezelési célok megvalósítása érdekében az egészségügyi ellátóhálózat – jogszabályban előírt adattartalommal és jogszabályban meghatározottak szerint működő – informatikai rendszereinek együttműködését biztosító, az e törvény szerinti adatkezelési jogosultságok érvényesítését elősegítő informatikai környezet” lenne. Ennek keretében nyílna mód az elektronikus receptfelírássra, az elektronikus beutaló kiállítására, távkonzílium tartására és a várólisták egységes kezelésére is.



Az informatikai fejlesztések finanszírozásában jelentős szerepet játszanak az uniós források. Az előterjesztéshez csatolt hatásvizsgálati lap szerint az EESzT megvalósításához az anyagi erőforrás európai uniós pályázati forrásokból rendelkezésre áll, költségvetési kiadást nem igényel. A tárca TIOP és TÁMOP keretből összesen mintegy 9,2 millárd forintot szánna a fejlesztések megvalósítására.

### **A jogszabályi környezet alakulása**

A fejlesztések szempontjából rendkívül fontos kérdés azoknak a jogi kereteknek a kijelölése, melyek lehetővé teszik, hogy az e-egészségügyi rendszer működése megfeleljen a demokratikus társadalmakban elvárt jogvédelmi szintnek.

#### **Hatásköri kérdések**

Az e-health megoldások bevezetéséhez és széleskörű alkalmazásához szükséges jogi környezet kialakításánál a nemzeti jogalkotó helyzete egyszerűbb, hiszen saját jogalkotási hatáskörében alkothatja meg a szükséges belső jogi szabályokat. Ebben az Európai Unió normái sem korlátozzák. Az EUMSZ 6. cikke alapján ugyanis az emberi egészség védelme és javítása terén az Unió hatásköre a tagállamok intézkedéseit támogató, összehangoló vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására korlátozódik. Ez a hatáskör pedig kifejezetten csak a szűkebb értelemben vett népegészségügyet, azaz a súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az ezek elleni küzdelmet foglalja magában. Ráadásul az EUMSZ 153. cikke hangsúlyozza, hogy az „elfogadott rendelkezések nem érinthetik a tagállamok azon jogát, hogy szociális biztonsági rendszerük alapelveit meghatározzák, és nem érinthetik jelentősen e rendszerek pénzügyi egyensúlyát.

Ez pedig átvezet egy másik problémához: a nemzeti jogalkotó felhatalmazása az e-health fejlesztéshez szükséges normák megalkotására nem vonható kétségbe, de kérdés, hogy hasonló uniós szabályozás esetén hol húzódnak a közösségi intézmények hatáskörének határai. A belső piac működőképességéhez szükséges – egészségügyi ellátásokat érintő – szabályok megalkotása terén a hatáskör nem kétséges. Ez kiterjed olyan területekre, mint a gyógyszergyártás, -engedélyezés, és -forgalmazás, hiszen ezeknek számos versenypolitikai és fogyasztóvédelmi aspektusa van. Az is tény, hogy az EHIC kártya hiányában csökkenne a mobilitási hajlandóságot és egyben gátat jelentene a határokon átnyúló szolgáltatások szabad nyújtását és igénybevétele előtt. De a betegadatok kezelése, orvosi ellátás és

társadalombiztosítás szervezése terén ezek a jogkörök már lényegesen limitáltabbak. A tagállamok ugyanis – éppen az említett 153. cikkre hivatkozva – fokozottan érvelnek a szubszidiaritás elvével. Az EUSZ 5. cikkében megfogalmazott elv szerint „azokon a területeken, amelyek nem tartoznak kizárólagos hatáskörébe, az Unió csak akkor és annyiban jár el, amikor és amennyiben a tervezett intézkedés céljait a tagállamok sem központi, sem regionális vagy helyi szinten nem tudják kielégítően megvalósítani, így azok a tervezett intézkedés terjedelme vagy hatása miatt az Unió szintjén jobban megvalósíthatók.” Ez a rendelkezés pedig vélhetően megfelelő alapot jelentene a tagállamoknak azon törekvésükben, hogy a társadalombiztosítási és egészségügyi ellátórendszereket, mint az ország társadalmi berendezkedése és költségvetési egyensúlya szempontjából különösen fontos területeket belső szabályozási körükben tartsák [20]. Így az uniós szintű e-health fejlesztéseknél a tagállami konszenzus nem tűnik megkerülhetőnek. Ehhez pedig első lépésként a kisebb országcsoportok fokozottabb együttműködésére van szükség, így a Csehország, Lengyelország, Magyarország, Szlovákia, Horvátország, Ausztria és Szlovénia közötti magas szintű egyeztetések révén [21].

Az uniós törekvések másik gátja, hogy az e-health (elsősorban az e-EHIC illetve e-taj valamint a betegutakra vonatkozó adatok cseréje révén) automatikusan együtt járna az állami szuverenitás – különösen az állampolgárok védelme – szempontjából fontos, érzékeny adatok elektronikus hozzáférhetőségével más államok szervei és személyei számára.

### Adatvédelmi szempontok

Ez pedig átvezet ahhoz a kérdéshez, hogy milyen adatvédelmi korlátozásokra kell tekintettel lenni az e-health alkalmazásánál. Ez a probléma fokozottan vetődik fel azután, hogy a Lisszaboni Szerződés az alapszerződések erejére emelte az Európai Unió Alapjogi Chartáját és egyben kötelezettséggént írta elő az Emberi Jogok Európai Egyezményéhez való csatlakozást. S ebben az alapjogi kontextusban nemcsak adatvédelmi szempontok a jelentik a problémát, hanem az emberi méltósággal, a privát szféra védelmével és az önrendelkezéssel kapcsolatos szempontok is. Az uniós szinten szabályozott, személyes adatok védelmére vonatkozó dokumentumok ugyan megfelelő védelmi szinten biztosítanak, de ezek csak a minimumszabályokat tartalmazzák, így a személyes adatok védelmi szintje, a védelem konkrét rendszere is tagállamonként elérő.

Az alkotmányos követelmények az egyes emberi jogok közötti belső összefüggések miatt sokkal sokrétűbbek és szigorúbbak [22]. A legfőbb aggályok megvilágítására a magyar AB egyik legelső döntése, az ún. univerzális személyi számról szóló határozata hivatkozható, mely az egyénről tárolt adatok összerendelhetőségének szabott – az adatvédelmi törvény

hatályán túlmenő – korlátokat: „Az adattovábbítás önmagában vett alkotmányosságától függetlenül a pontosan meg nem határozott gyűjtőkörű adatfeldolgozó számára természetesen adódik, hogy az egyes személyekre vonatkozó adatokat összességükben és összefüggésükben megismeri. Ez teljesen kiszolgáltatja neki az adatait, átvilágíthatóvá teszi magánszférájukat is, továbbá egyenlőtlen kommunikációs helyzetet eredményez, amelyben az érintett nem tudja, hogy az adatfeldolgozó mit tud róla. Az eredeti összefüggésekből szükségképpen kiragadott adatokból összeállító ún. személyiségprofil, amely a személyiségi jogokat különösen sérti, s amelynek elkerülése az egyes adatfeldolgozások jogszerűsége megítélésénél alapvető szempont, a széles, de határozatlan gyűjtőkörű adatfeldolgozás velejárója. Mindezekért az ilyen adatfeldolgozás az emberi méltóságot sérti.” [15/1991. (IV. 13.) AB határozat]

A rendszer kiépítésénél így az adathozzáférés korlátozása a döntő szempont, mely azt támasztja alá, hogy az elektronikus kártya alkalmazása szektorokhoz kötötten történjen. Ez a megoldás egyben az Európa Tanács egészségügyi adatok védelméről szóló ajánlásával is összhangban lenne, mely kimondja, hogy az orvosi adatokat alapvetően csak az egészségügyi ellátásban résztvevő szervek és személyek gyűjthetnek, ill. kezelhetnek. Ezen a körön kívül egyéb személyek csak akkor gyűjthetik és kezelhetik az adatokat, ha biztosított, hogy az adatvédelem szintje megegyezik az egészségügyi ellátásban résztvevő jogalanyokkal azonos szinten tudják biztosítani [23]. Az EESzT-ről szóló törvénytervezet erre a korlátozásra széles körben igyekszik tekintettel lenni. Előírja többek között, hogy a kezelő orvos a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátás adatairól az érintett gyógykezeléséhez szükséges mértékben jogosult tudomást szerezni. Biztosítani kell az adathozzáférés elleni tiltakozás lehetőségét a beteg számára és erről tájékoztatni kell. Az Országos Egészségmonitorozási és Kapacitástérkép Rendszer felállítása során pedig csak a betegek anonimizált adatai lennének továbbíthatók más személyazonosító adattal történő összekapcsolás nélkül.

Kérdéses, hogy a magyar AB által közvetített erős alapjogi szemléletet mennyiben fogadná el akár az Európai Bíróság akár az Emberi Jogok Európai Bírósága. Az azonban tény, hogy az adatvédelmi mechanizmusok kialakításában mindenképpen a legmagasabb védeltségi szintet biztosító államok szabályozásához kell igazodni, az alapjogi védelmi szintben visszalépés ugyanis nem lenne elfogadható.

## **Következtetések**

Az uniós és hazai e-health fejlesztések áttekintése után megállapítható, hogy mind közösségi, mind nemzeti szinten egyre fokozódó igény mutatkozik az elektronikus alkalmazások kiterjesztésére az egészségügyben. Ezt részben költséghatékonysági, részben adminisztratív tehercsökkentési indokok magyarázzák. A finanszírozás – elsősorban az uniós forrásoknak köszönhetően – adott. Tekintettel kell lenni azonban, hogy az e-health megoldások csak egy minden tekintetben működőképes egészségügyi ellátórendszer és társadalombiztosítási finanszírozási szisztéma esetén működhetnek hatékonyan. Az Európai Unió Közös Kutatóközpontja a 2004-ben belépett 10 új tagállam e-egészségügyi helyzetének áttekintésekor 3 kiemelt kockázatot azonosított: 1.) a szolgáltatások kiépítéséhez szükséges finanszírozása hiánya és az elektronikus feltételekhez való hozzáférés egyenetlenségei; 2.) a jogi és szabályozási környezet hiányosságai, különösen a közigazgatás túlzottan centralizált jellege és a hatósági eljárások fragmentált szabályozása; 3.) az egészségügy fejlesztésére fordított költségek alacsony aránya technikai és humánerőforrás-oldalról egyaránt. Ezen problémák megoldását az e-health fejlesztések sem helyettesíthetik. Mintahogyan fokozottan figyelembe kell venni az adatvédelmi szempontokat, különösen az adathozzáférés korlátozásának elvét. Ennek hiánya ugyanis nagyban csökkentheti a közintézményekben, jelen esetben a társadalombiztosítási és egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmat.

## **Irodalom**

[1] European Commission: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. eHealth Action Plan 2012–2020 – Innovative healthcare for the 21st century

[COM(2012) 736 final]. Brussels, 2012. Available from:

[http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com\\_2012\\_736\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf)

[2] Committee of the Regions: Opinion of the Committee of the Regions on ‘eHealth Action Plan 2012–20 – Innovative healthcare for the 21st century’ (2013/C 280/07). Brussels, 2013.

Available from: <http://eur->

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:280:0033:0037:EN:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:280:0033:0037:EN:PDF)

[3] European Commission: Commission expresses concerns about refusals by Spanish public hospitals to recognise European Health Insurance Card (IP/13/474 30/05/2013). Brussels, 2013. Available from:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=hu&catId=559&newsId=1883&furtherNews=yes>

[4] *Nyman, F.*: Portugal implicated for EHIC failings. Postonline, 2013. Available from:

<http://www.postonline.co.uk/post/news/2312896/portugal-implicated-for-ehic-failings>

[5] *Dobrev, A., Jones, T., et al.*: Sources of financing and policy recommendations to Member States and the European Commission on boosting eHealth investment. empirica, Bonn, 2008.

Available from:

[http://ec.europa.eu/information\\_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc\\_id=2934](http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=2934).

[6] *Mártonffy, A., Sebők, V.*: (e-)Health is the most valuable. [A legdrágább az (e-)egészség.] IT-Business Publishing, Budapest, 2011. Available from:

[http://www.itbusiness.hu/Fooldal/hirek/kozigazgatas\\_n/A\\_legdragabb\\_az\\_e\\_egeszseg.html](http://www.itbusiness.hu/Fooldal/hirek/kozigazgatas_n/A_legdragabb_az_e_egeszseg.html)

[Hungarian]

[7] Ministry of National Development: Digital renewal action program 2010–2014. [Nemzeti Fejlesztési Minisztérium: Digitális megújulás cselekvési terv 2010–2014.] 2010, 68-69.

Available from: [www.nih.gov.hu/download.php?docID=24683](http://www.nih.gov.hu/download.php?docID=24683) [Hungarian]

[8] Ministry for National Resources: Semmelweis plan for the rescue of health care [Nemzeti Erőforrás Minisztérium: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére.] Budapest, 2011.

Available from:

<http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027.pdf> [Hungarian]

[9] *Bolka, A.*: The second generation Slovenian health insurance card. In: Adlassnig, K–P (ed): Medical informatics in a united and healthy Europe. IOS Press, Amsterdam, 2009. 43-47.

[10] *Marcun, T.*: On-line data exchange in Slovenian healthcare and health insurance. In: Adlassnig, K–P (ed): Medical informatics in a united and healthy Europe. IOS Press, Amsterdam, 2009. 48-52.

- [11] *Sembritzki, J.*: Use and development of health cards in Europe. Available from: [http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok3\\_005516.hcsp?dDocName=bok3\\_005516](http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok3_005516.hcsp?dDocName=bok3_005516)
- [12] *IncoHealth-Project*: Interregional cooperation for a trans-European electronic health cards strategy, best practices manual. Available from: [http://www.inco-health.org/docs/BPM\\_FINAL.pdf](http://www.inco-health.org/docs/BPM_FINAL.pdf)
- [13] *Walter, B., Vilanek, J.*: Health insurance card in Austria. in: Into IT, Vol. 22. National Audit Office UK, London, 2005. 20-22.
- [14] *Manea, L., Manea, A. C.*: The juridical protection for the European health insurance card. In: Mastorakis, N. (ed): Mathematical methods and computational techniques in electrical engineering. WSEAS Press, Stevens Point, 2009. 575-578.
- [15] Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet: Electronic health insurance cards in Europe. [Elektronikus egészségügyi kártyák Európában.] Budapest, 2008. Available from: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1740> [Hungarian]
- [16] *Górniak, S., Naumann, I., Hartmann, D., et al.*: Security issues of cross-border electronic authentication, European Network and Information Security Agency, 2010. Available from: <http://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/trust-services/xborderauth>
- [17] *European Commission*: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, COM (2004) 356 final. Brussels, 2004. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>
- [18] *epSOS Consortium*: epSOS on its way to pilot cross-border eHealth services April, 13th 2012 – Start of epSOS Pilot Operation, Stockholm, 2012. Available from: [http://www.epsos.eu/fileadmin/content/images/press\\_section/epSOS\\_Press\\_Release\\_April2012.pdf](http://www.epsos.eu/fileadmin/content/images/press_section/epSOS_Press_Release_April2012.pdf)
- [19] Resolution of the Government No. 1354 from 24th June 2013 on the work plan of the Government for the second term of 2013. [1354/2013. (VI. 24.) Korm. határozat a Kormány 2013. II. félévi munkatervéről] 4.9; 5.15. Available from: [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=161364.243791](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161364.243791) [Hungarian]
- [20] *van Ginneken, E.*: Implications of future EU policy on the provision of medicines and on actors in the European pharmaceutical sector. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin, Berlin, 2010. 93.

- [21] *Ministry of Human Resources*: Stronger cooperation is needed with the neighbouring countries. [Emberi Erőforrások Minisztériuma: Szorosabb egészségügyi együttműködésre van szükség a környező országokkal.] Budapest, 2013. Available from:  
<http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/szorosabb-egeszsegugyi-egyuttmukodesre-van-szukseg-a-kornyezo-orszagokkal> [Hungarian]
- [22] *Majtényi L., Simon, É., Székely, I., et al.*: Requirements of data protection in electronic identification. Vol. I. [Az elektronikus személyazonosítás adatvédelmi követelményei, I. kötet.] Eötvös Károly Közpolitikai Intézet, Budapest, 2007. 38-43. [Hungarian]
- [23] *Council of Europe, Committee of Ministers*: Recommendation No. R (97) 5 on the protection of medical data. 1997. Available from:  
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/coerecr97-5.html>

(Váradi Ágnes dr.,  
Győr, Szövetség u. 24., 9026  
e-mail: [agivaradi@vipmail.hu](mailto:agivaradi@vipmail.hu))